ITEM 346 : AGITATION ET DELIRE AIGU

AGITATION

Agitation = **10 à 15%** des consultations psychiatriques aux urgences : généralement à la demande de l'entourage, voire des forces de l'ordre intervenues à domicile ou sur la voie publique

Diagnostic

Etat d'agitation

= **Activité motrice excessive**, associée à un **état de tension intérieure**
- **Activité** généralement **improductive** et **stéréotypé** : marche de long en large, impossibilité de tenir en place, frottements des mains, tirailler ses vêtements, incapacité de rester assis…
- **Tension psychique** : **propos, cris, irritabilité, anxiété**
- Forme **contrôlable** (contact verbal possible) ou **incontrôlable** (patient inaccessible à la discussion)

→ Parfois **agitation intérieure isolée**, sans retentissement comportemental = forte anxiété avec hyperactivité productive de la pensée : **sidération anxieuse, tachypsychie avec fuite idéique**…

DD :
- **Hyperactivité** : motricité orientée vers un but
- **Akathisie** : nécessité impérieuse de se déplacer, mouvements incessants des jambes

C

- Circonstances de survenue : date d'apparition, apparition brutale en quelques heures, ou progressives sur plusieurs jours/semaines, événement récent (voyage, événement stressant…), prise de toxique
- Antécédents psychiatriques et non psychiatriques

Signes de gravité
- **Syndrome confusionnel** à l'origine de l'état d'agitation : perturbation de la conscience accompagnée de modifications cognitives, altération de la mémoire, désorientation temporo-spatiale, perturbation du langage, perturbation des perceptions
- **Déshydratation sévère, troubles hydro-électrolytiques**
- Défaillance organique : **sepsis, choc cardiovasculaire, détresse respiratoire aiguë**

Symptômes non psychiatriques
- Neurologique : **myosis, mydriase, symptômes méningés, signes de localisation**…
- Endocrinien/métabolique : **déshydratation, globe urinaire…**
- Infection : **hyperthermie, symptômes méningés, dyspnée, cyanose, sueurs profuses**…

Symptômes psychiatriques
- **Symptomatologie thymique** : dépressive ou maniaque
- **Symptomatologie psychotique** : idées délirantes, hallucinations
- **Symptomatologie anxieuse**

Bio

- **Bilan standard** : **glycémie, ionogramme, calcémie, NFS, bilan de coagulation** (si nécessité de traitement IM)
- Selon l'orientation : **alcoolémie, dosage urinaire de toxiques, bilan hépatique, bilan rénal, TSH**

PC

- **ECG** si nécessité de traitement neuroleptique sédatif
- Selon l'orientation : **PL, TDM cérébrale, EEG, ECBU, goutte épaisse, radiographie pulmonaire**…

Etiologie

Chez le sujet âgé

Evoquer en 1ère intention
- Iatrogène: - **Benzodiazépines** : à l'instauration ou au sevrage brutal
  - **Antidépresseur** : confusion, syndrome sérotoninergique ou virage maniaque
  - **Corticoïdes**
  - **Agonistes dopaminergiques**
  - **Anticholinergique**
  - Plus rarement : **antipaludéen** (**méfloquine**), **isionazide**, **interféron**…
- Trouble hydro-électrolytique : **hypo/hypernatrémie**, **hypercalcémie**…
- Trouble métabolique **hyperthyroïdie**, **hypoglycémie**…
- Trouble neurologique : **AVC, hématome sous-dural, épilepsie, tumeur, démence**…

Autres causes fréquentes
- **Infection urinaire, pulmonaire**…
- **Globe vésical** ou **fécalome**
- **Intoxication alcoolique aiguë** ou **sevrage alcoolique** (DT)
- **Intoxication au CO** ou au **monoxyde d'azote**
- Pathologie cardiovasculaire : **EP, IDM**

Origine psychiatrique

→ A évoquer après un bilan clinique et paraclinique normal
- **Episode dépressif caractérisé** avec **agitation anxieuse**, associé ou non à des symptômes psychotiques
- **Episode maniaque, hypomaniaque** ou **mixte dans un trouble bipolaire** à début tardif ou induit par les antidépresseurs
- **Attaque de panique** isolée ou dans un trouble panique
- **Trouble délirant** à type de jalousie ou de persécution

<table>
<tr><td rowspan="3">Etiologie</td><td rowspan="2">Chez l'adulte jeune</td><td>Evoquer en 1ère intention</td><td>- Intoxication aiguë à une substance psychoactive : alcool, cannabis, hallucinogènes (LSD…) ou psychostimulant (cocaïne, amphétamine, ecstasy)
- Sevrage de substance psychoactive : notamment alcool, héroïne, autre opiacé
- Iatrogène médicamenteuse : antidépresseur, corticoïdes, ou plus rarement benzodiazépine (effet paradoxal plus fréquent), antipaludéen (notamment méfloquine)…
- Métabolique/endocrinienne : hypoglycémie, hyperthyroïdie
- Infectieuse : méningo-encéphalite herpétique, neuro-paludisme
- Neurologique : crise convulsive, AVC hémorragique, retard mental…
- Intoxication au CO ou au monoxyde d'azote
- Cause cardiovasculaire : IDM, EP</td></tr>
<tr><td>Origine psychiatrique</td><td>➙ A évoquer après un bilan clinique et paraclinique normal
- Attaque de panique (crise d'angoisse aiguë) isolée ou dans un trouble panique
- Episode maniaque, hypomaniaque ou mixte d'un trouble bipolaire
- Episode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse
- Trouble psychotique bref
- Trouble psychotique chronique débutant : trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant persistant
- Crise clastique dans le cadre d'un trouble de la personnalité (diagnostic d'élimination) : personnalité borderline, antisociale ou histrionique surtout
- Situation conflictuelle</td></tr>
<tr><td colspan="2">Chez le sujet avec antécédents psychiatriques</td><td>➙ Eliminer en priorité une pathologie organique, même si le diagnostic le plus probable est une décompensation du trouble psychiatrique connu
- Cause iatrogène : - Antidépresseur : virage maniaque ou mixte, syndrome sérotoninergique
- Effet paradoxal des benzodiazépines
- Antipsychotiques : dyskinésie aiguë ou akathiasie
- Psychotrope anticholinergique = antidépresseur tricyclique, neuroleptique type levomépromazine ou cyamémazine : syndrome confusionnel</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td colspan="3">➙ Hospitalisation en urgence : avec consentement ou en SPDT ou SPDRE
- Prévention du risque suicidaire et évaluation de la dangerosité pour autrui
- Surveillance somatique aux urgences
- Evaluation de l'état psychiatrique : à distance de l'état d'agitation, de la prise de toxique et de la sédation par benzodiazépine ou neuroleptique atypique</td></tr>
<tr><td>Dimension relationnelle</td><td colspan="2">➙ Obligation médicale en 1ère intention
- Contact verbal instaurant un climat de confiance, avec comportement empathique
- Environnement le plus calme possible, chambre éclairée
- Prévention du risque d'auto- et hétéro-agressif : enlever les objets dangereux, fermer les fenêtres…
- Eviter au maximum les mesures de contention physique</td></tr>
<tr><td>Benzo-diazépine</td><td colspan="2">= A demi-vie courte : oxazépam, diazépam, ou autre anxiolytique type hydroxyzine
- Contre-indiqué en urgence : insuffisance respiratoire, myasthénie
- Si refus de traitement par voie orale : traitement IM en privilégiant une autre classe (benzodiazépine IM = de mauvaise biodisponibilité et de durée d'action longue)</td></tr>
<tr><td>Anti-psychotique sédatif</td><td colspan="2">= Cyamémazine, levomépromazine ou loxapine orale, ou si refus halopéridol ou loxapine IM
- Réservé aux états d'agitation très sévère ou IM en cas de refus de benzodiazépine orale
- Contre-indication absolue en urgence : anticholinergique (glaucome à angle fermé, adénome de prostate), QT long (ECG préalable indispensable)
- Privilégier une monothérapie</td></tr>
<tr><td>Contention</td><td colspan="2">= En cas de risque de violence imminente (vers lui-même ou autrui) ou échec des autres moyens
- En expliquant au patient les raisons de la mesure et en poursuivant la réassurance
- Fouille pour supprimer tout objet potentiellement dangereux, enlever ceinture et pantalon
- Patient saisi à chaque membre, tête maintenue sur le côté, couché sur le dos : maintien de chaque membre par une attache, ceinture ventrale bouclée puis attaches verrouillées
- Tête du brancard surélevée (pour éviter le risque d'inhalation)</td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td colspan="2">- Traitement étiologique de toute cause organique
- Traitement d'un trouble psychiatrique à distance de l'état d'agitation (pour permettre une évaluation sémiologique correcte à distance de la situation d'urgence)
- Surveillance rapprochée : fonctions vitales, état d'agitation</td></tr>
</table>

DELIRE AIGU

Idée délirante = croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagé et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire
- Caractère aigu si apparition récente **< 1 mois**

Diagnostic

Caractérisation de l'idée délirante

Thème = sujet principal du délire (le plus souvent de persécution) : thématique variante, unique ou multiple dans un même délire, s'associant de façon logique ou non
Mécanisme = processus d'élaboration et de construction du délire : **interprétatif, hallucinatoire**, **intuitif** ou **imaginatif**
Systématisation : organisation et cohérence des idées délirantes
- Non systématisé = **paranoïde** : thèmes multiples (polymorphe), sans cohérence ni lien logique
- Systématisée = **paranoïaque** : thème unique, organisation interne logique

Adhésion : degré de conviction attaché aux idées délirantes
- Adhésion totale : conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement et à la critique
- Adhésion partielle : critique de son délire par le patient

Retentissement émotionnel et comportemental : niveau d'anxiété, risque suicidaire et de passage à l'acte hétéro-agressif

Symptômes psychiatriques associés

- Autres symptômes psychotiques : **hallucinations, désorganisation** (cognitive, émotionnelle et/ou comportementale), **syndrome négatif** (cognitif, émotionnel et/ou comportemental)
- **Symptômes thymiques**, d'apparition concomitante ou non aux symptômes psychotiques

Etiologie

→ Eliminer systématiquement une étiologie organique :
- Chez le sujet âgé : évoquer une **cause iatrogène**, **hydro-électrolytique, métabolique, neurologique** ou **infectieuse**
- Chez l'adulte jeune : évoquer une **cause toxique** (intoxication ou sevrage), **iatrogène, infectieuse, métabolique** ou **endocrinienne**

Origine psychiatrique

Présence de symptômes thymiques associés

- **Episode maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques** dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un virage maniaque sous antidépresseur : idées délirantes généralement de thème mégalomaniaque ou de persécution
- **Episode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques** : idées délirantes congruentes à l'humeur, souvent à thème de culpabilité, ruine ou hypochondrie

Présence d'autres symptômes psychotiques

- **Trouble psychotique bref** (bouffée délirante aiguë) : durée **< 1 mois**
- **Trouble psychotique chronique**: - **Trouble schizophréniforme < 6 mois**
  - **Schizophrénie, trouble schizo-affectif > 6 mois**
  - **Trouble délirant > 1 mois**
- **Psychose puerpérale** : symptômes psychotiques survenus dans le post-partum (hors épisode maniaque/mixte du post-partum avec caractéristiques psychotiques)

PEC

→ **Hospitalisation en milieu spécialisé**, avec ou sans consentement
- Prévention du passage à l'acte auto- et hétéro-agressif
- **Dimension relationnelle** : climat de confiance, calme, alliance thérapeutique, éviter les mesures de contention
- **Traitement médicamenteux** : **benzodiazépine** par voir orale, **neuroleptique sédatif** par voie orale ou IM

Evolution

→ Dans 1/3 des cas : **épisode isolé**
→ Dans 1/3 des cas : **récidives d'accès délirants ou d'épisodes maniaques**
→ Dans 1/3 des cas : évolution vers une **schizophrénie**

Eléments de bon pronostique

- Traitement neuroleptique précoce
- Critique secondaire de l'épisode

Derniers recours

Isolement

= Placement du patient dans un espace dont il ne peut sortir librement et séparé des autres patients en phase critique, à visée de protection, dans un lieu dédié et adapté
± **Contention mécanique** : moyen, méthode, matériel ou vêtement empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps
- Indication en dernier recours : en prévention d'une violence imminente ou après une violence, non maitrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour le patient ou pour autrui
- Mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre
- Limitée à 12h initialement ± prolongé de 12h, puis de 24h
- Ne concerne que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement
- Surveillance rapprochée : surveillance horaire, voire continue, avec ≥ 2 visites médicales/24h